



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Envoyer la demande remplie par la poste ou télécopieur:

B.P. 92068-9200 Weston Road

Vaughan, ON L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

**Inscription de nouveau client PAGE 1 | Formulaire C:** Livraison de médicament à votre Praticien  
**Version 3.0 Juin 2016** (seulement si votre Praticien de la Santé accepte de recevoir votre commande)

### Remarque Importante

Lors du renvoi de cette demande, veuillez inclure le document médical original signé et daté par votre Praticien de Santé. Le document médical original est nécessaire pour compléter votre inscription.

### Renseignement du patient

Nom du patient    
Prénom Surnom

Date de naissance: Mois  Jour  Année

Sexe: Homme  Femme  Ancien combattant  Numéro d'ACC

### Adresse Postale

Expédier produit  
ici

Adresse

Ville  Province  Code Postal

Numéro de téléphone  Télécopieur

Numéro de téléphone (supplémentaire)  Heure préféré pour contact

Adresse courriel

Veuillez m'inscrire pour commander en ligne et recevoir l'information de CannTrust™.  
Adresse courriel est nécessaire.

### Adresse d'expédition (si différente de l'adresse postale)

Expédier produit  
ici

Adresse Ligne 1

Adresse Ligne 2

Ville  Province  Code Postal



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Envoyer la demande par la poste ou télécopieur:

B.P. 92068-9200 Weston Road

Vaughan, ON L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

**Inscription de nouveau client PAGE 2 | Formulaire C: Livraison de médicament à votre Praticien**

**Version 3.0 June 2016** (seulement si votre Praticien de la Santé accepte de recevoir votre commande)

Personne (s) responsable (s) du patient (si vous avez un ou des soignants, remplissez cette section)

Soignant 1:

Prénom

Surnom

Date de naissance:

Mois

Jour

Année

Sexe:

Homme

Femme

Veillez m'inscrire pour commander en ligne et recevoir l'information de CannTrust™ Adresse courriel est nécessaire.

Je,

suis responsable pour

Personne responsable/soignant

Nom du patient

Signature de la personne responsable/soignant

\_\_\_\_\_

Date

Soignant 2:

Prénom

Surnom

Date de naissance:

Mois

Jour

Année

Sexe:

Homme

Femme

Veillez m'inscrire pour commander en ligne et recevoir l'information de CannTrust™ Adresse courriel est nécessaire.

Je,

suis responsable pour

Personne responsable/soignant

Nom du patient

Signature de la personne responsable/soignant

\_\_\_\_\_

Date



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible : [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

Envoyer la demande par la poste ou télécopieur:

B.P. 92068-9200 Weston Road

Vaughan, Ontario, L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

### Inscription de nouveau client Page 3 | Formulaire C: Livraison de médicament à votre Praticien

Version 3.0 Juin 2016 (seulement si votre Praticien de la Santé accepte de recevoir votre commande)

#### Renseignements sur le Praticien de la Santé (completez par le Praticien)

Nom:     
Titre Prénom Surnom

Numéro de permis:

Clinique/Établissement

Adresse Ligne 1

Adresse Ligne 2

Ville  Province  Code Postal

Numéro de téléphone  Télécopieur

Adresse postale (si différente de l'adresse principale)  Même que ci-dessous

Adresse Ligne 1

Adresse Ligne 2

Ville  Province  Code Postal

Je,  vous autorisez de recevoir le cannabis au nom de  
Signature du Praticien de Santé

Nom du Patient

Signature du Praticien \_\_\_\_\_ Date

#### Information pour le Praticien de la Santé

Retrait du consentement par le Praticien de la Santé

Si le Praticien de la Santé cesse de consentir à recevoir du cannabis séchée pour le patient, le Praticien doit envoyer un avis écrit à cet effet au client et à CannTrust™.



**CannTrust™**

L'inscription en ligne est disponible à: **www.canntrust.ca**

Envoyer la demande par la poste ou télécopieur:

B.P. 92068-9200 Weston Road

Vaughan, ON L4H 3J3

Télécopieur: 1-844-295-6641

1-855-RX4-CANN (794-2266) | [www.canntrust.ca](http://www.canntrust.ca)

**Inscription de nouveau client PAGE 4 | Formulaire C: Livraison de médicament à votre Praticien**

**Version 3.0 Juin 2016** (seulement si votre Praticien de la Santé accepte de recevoir votre commande)

**Renseignements supplémentaires (facultatifs)**

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos affections médicales, vos troubles et vos symptômes.

N'hésitez pas à nous fournir des renseignements concernant vos préférences en matière de cannabis médicinale (le cas échéant)

Ex. Préférences en matière

Y a-t-il d'autres informations que vous pourriez nous fournir?

Seriez-vous intéressé à participer à des essais clinique? Oui  Non

**\*IMPORTANT\* - VEUILLEZ LIRE ET SIGNER CI-DESSOUS**  
Le patient ou soignant pour le patient doit lire et reconnaître ce qui suit:

Le patient est ordinairement un résident du Canada.  
Les renseignements figurant dans la demande et le document médical sont exacts et complets.  
Le document médical n'est pas utilisé pour demander ou obtenir de la cannabis séchée d'une autre source.  
L'original document médical a été joint à cette demande.  
Le patient consommera la cannabis séchée pour ses propres besoins médicaux.  
Si vous êtes titulaire d'une autorisation de possession accordée en vertu du RACFM et que vous vous inscrivez auprès de CannTrust™, sachez que lorsque vous serez inscrit, l'original de votre autorisation sera remis à SantéCanada.  
Le patient reconnaît et convient qu'il consommera la cannabis médicale obtenue auprès de CannTrust™ à ses propres risques et qu'il dégage CannTrust™ (et ses partenaires, dirigeants, fournisseurs, administrateurs et employés) de toutes réclamations, pour suite, plainte et demande pour dommages, pertes ou blessures résultant directement ou indirectement de l'utilisation de la marijuana médicale séchée reçue de CannTrust™.  
Le patient reconnaît et comprend que la sécurité d'emploi et les risques associés à l'utilisation du cannabis n'ont pas été pleinement étudiés et qu'une dose standard de cannabis médicale n'a pas encore été établie.  
Le patient consent que le professionnel de la santé mentionné dans le présent document divulgue des renseignements personnels sur la santé à CannTrust™ dans le but de se conformer aux exigences du Règlement sur l'accès au cannabis à fins médicales (RACFM). Le patient comprend et convient qu'une exemplaire de la demande d'inscription et de consentement sera remis au professionnel de la santé nommé dans la présente demande d'inscription.

Signature du patient/soignant \_\_\_\_\_

Date